

敦賀市長 様

安定ヨウ素剤事前配布申請書

安定ヨウ素剤の事前配布を希望します。なお、転出等により、服用の必要がなくなった場合は、速やかに薬剤を返却することをお約束します。

①代表者氏名 ^{※1}	(フリガナ)		②生年月日 (西暦)			
			年 月 日			
③住所						
④連絡先電話番号						
⑤配布要件 (代表者)	ア <input type="checkbox"/> 12歳以下の方 イ <input type="checkbox"/> 妊婦の方 ウ <input type="checkbox"/> 障がいや病気により緊急時の迅速な受取ができないおそれがある方 エ <input type="checkbox"/> ア～ウの同居家族の方					
⑥配布を希望する 家族等	番号	氏名	生年月日	続柄 ^{※2}	要件	
	1		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ	
	※2 代表者との続柄	2		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
		3		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
		4		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
		5		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
		6		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
		7		年 月 日		<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ
⑦備考						

※1 代表者は親族の方であればどなたでも結構ですが、安定ヨウ素剤を受け取られる際には、⑤配布要件に当てはまる必要があります。